

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesiediaan Masyarakat Depok dan Bogor untuk Divaksinasi COVID-19

Factors Influencing the Willingness of the People of Depok and Bogor to be vaccinated against COVID-19

Susilawati¹, Besral², Andri Yan Prima Zani¹, Rahmi Nurmadinisia¹, Nursyabani Eka Putri¹

¹Jurusan Kesehatan Masyarakat, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Raflesia, Depok

²Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok

Korespondensi: Susilawati, e-mail: susi280570@gmail.com

ABSTRAK

Pandemi COVID-19 melanda dunia yang mempengaruhi seluruh lini kehidupan. Penanganan COVID dilaksanakan dengan berbagai hal. Selain pelaksanaan perilaku sehat dengan menggunakan masker, menjaga jarak, menjaga kebersihan dengan mencuci tangan menggunakan sabun, mengurangi mobilitas & menjauhi kerumunan, pemerintah pun melakukan penanganan kasus COVID-19 dengan *testing*, *tracing*, dan *treatment* serta vaksinasi. Vaksinasi adalah intervensi efektif, namun, keraguan publik terhadap vaksin merupakan masalah mendesak bagi otoritas kesehatan masyarakat dan ancaman potensial bagi kesehatan masyarakat global. Oleh karena itu, studi yang mengidentifikasi lebih lanjut akar penyebab masyarakat menolak vaksin perlu dilakukan. Dengan memahami faktor penentu yang mempengaruhi preferensi dan permintaan vaksin oleh masyarakat dapat membantu mengembangkan strategi guna meningkatkan program vaksinasi global. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kesiediaan masyarakat dalam vaksinasi COVID-19 di Depok dan Bogor. Metode penelitian menggunakan metode kuantitatif analitik dengan desain potong lintang (*cross-sectional*). Teknik pengambilan sampel dengan kuota, sejumlah sampel 703 orang. Pengumpulan data dilakukan 15-28 Januari 2021 sebelum program vaksinasi gratis dilaksanakan. Hasil penelitian menemukan usia, jenis kelamin, domisili, pekerjaan, pendidikan, penghasilan, agama, pengeluaran, kepemilikan asuransi kesehatan, jenis asuransi, mengetahui rencana vaksinasi, upaya pencarian informasi vaksinasi, dan pengetahuan tetap melaksanakan 3M setelah divaksin memiliki hubungan secara statistik dengan kesiediaan divaksin. Perlu dilakukan edukasi bagi perempuan, khususnya ibu rumah tangga agar kesadaran vaksinasi bisa ditingkatkan dan juga bagi pelayanan kesehatan BPJS agar melaksanakan pembinaan program vaksinasi bagi pesertanya.

Kata Kunci: kesiediaan, vaksin, COVID-19

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has swept the world, affecting the whole life. The handling of COVID-19 in various ways other than implementing healthy lifestyle behaviors by using masks, maintaining distance, maintaining hygiene by washing hands, and reducing mobility & crowds. The government has also handled cases of COVID-19 by conducting tests, tracing, treating, and vaccinating. Vaccinations are an effective intervention; however, public skepticism about vaccines is a pressing issue for public health authorities and a potential threat to global public health. Therefore, further research on the root causes of community factors towards vaccines is needed, and understanding the determinants influencing vaccine preference and demand by the public can help develop strategies to improve global vaccination programs. The purpose of this study was to determine the factors that influence public interest in vaccinating against COVID-19 in Depok and Bogor. The research method uses quantitative analytical methods with a cross-sectional design. The sampling technique with quotas, the number of samples as many as 703 people. Data collection was carried out on January 15-28, 2021 before the free vaccination program was implemented. The results showed that age, gender, domicile, occupation, education, income, religion, expenditure, health insurance, type of insurance, knowing the vaccination program, information-seeking efforts, and 3M knowledge after being vaccinated had a relationship with willingness to be vaccinated. Education for women, especially housewives, needs to be organized to improve awareness of vaccination and BPJS health services should carry out a program to increase knowledge about vaccination for the members.

Keywords: willingness, vaccine, COVID-19

Riwayat Artikel

Diterima : 3 Mei 2024

Ditelaah : 13 Mei 2024

Dipublikasi : 30 Juni 2024

PENDAHULUAN

Awal tahun 2020 COVID-19 melanda dunia. *World Health Organization* (WHO) menyatakan wabah penyebaran virus COVID-19 sebagai pandemi krisis kesehatan yang pertama dan utama di dunia (1). Virus Corona ditemukan pada manusia dan hewan yang sebagian virusnya dapat menginfeksi manusia sehingga menyebabkan berbagai penyakit, mulai dari penyakit umum sampai dengan penyakit fatal. Virus ini sensitif terhadap sinar ultraviolet dan panas serta dapat dinonaktifkan (2). Virus COVID-19 ini berhubungan dengan penyebab SARS dan MERS yang menyerang sistem pernafasan manusia dan dapat menyebabkan kematian (3). Pertumbuhan penularan virus ini sangat signifikan karena penyebarannya mendunia dan seluruh negara merasakan dampaknya termasuk Indonesia (3).

Jumlah kasus COVID-19 positif pada Januari 2021 di Indonesia telah menembus satu juta. Kondisi ini menempatkan Indonesia di peringkat 20 negara dengan jumlah kasus tertinggi di dunia (4). Pemerintah perlu melakukan penanganan. Strategi pengendalian COVID-19 salah satunya adalah memperlambat dan menghentikan laju transmisi penularan penyakit dengan elemen utamanya adalah pelibatan dan dukungan masyarakat (5). Pemerintah mengajak masyarakat untuk menerapkan 5M yaitu menggunakan masker, menjaga jarak, mencuci tangan dengan sabun, mengurangi mobilitas, dan menjauhi kerumunan. Penanganan 3T pun dilakukan dengan meningkatkan jumlah pemeriksaan kasus (*testing*), melakukan penelusuran dari kasus konfirmasi positif (*tracing*), dan melakukan penanganan terhadap kasus yang ada (*treatment*). Pemerintah juga mencanangkan vaksinasi COVID-19. Vaksin penting diberikan karena beberapa penyakit penyebab kematian dapat dicegah dengan vaksin, sehingga angka kesakitan rendah dan biaya perawatan penyakit akan lebih rendah pula. Pemberian vaksin diharapkan dapat meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga apabila suatu saat terpajan dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan dan

tidak menjadi sumber penularan. Vaksinasi juga dapat mencegah keluarga dan lingkungan sekitar untuk ikut terjangkit penyakit, sehingga biaya perawatan penyakit akan lebih murah. Vaksinasi COVID-19 ini diharapkan dapat membentuk kekebalan kelompok, menurunkan kesakitan, dan kematian akibat COVID-19, melindungi dan memperkuat sistem kesehatan secara menyeluruh, menjaga produktivitas, dan meminimalkan dampak sosial ekonomi akibat pandemi COVID-19 ini (6).

Hasil survei WHO mengenai vaksin (2020) menunjukkan bahwa tiga perempat responden menyatakan telah mendengar tentang vaksin COVID-19, dan dua pertiga responden menyatakan bersedia menerima vaksin COVID-19. Namun demikian, tingkat penerimaan berbeda-beda di setiap provinsi. Hal ini dilatar belakangi oleh status ekonomi, keyakinan agama, status pendidikan serta wilayah. Pada kelompok masyarakat yang mendapatkan informasi yang cukup mengenai vaksin, mereka cenderung akan menerima pemberian vaksin COVID-19. Hal yang sama juga terjadi pada responden dengan kepemilikan asuransi kesehatan. Sebagian besar dari mereka lebih menerima vaksin COVID-19. Oleh karena itu, sosialisasi yang akurat tentang vaksin COVID-19 sangat dibutuhkan. Sementara itu, hasil survei juga menunjukkan adanya kelompok yang ragu dan sebagian kecil yang menolak. Dari tujuh persen responden yang menolak, faktor keamanan, efektivitas, dan kehalalan vaksin sebagai faktor pertimbangan mereka (7).

Survei Komite Penanggulangan COVID-19 dan Pemulihan Ekonomi Daerah Jawa Barat menyebutkan 47,1% dari 1.086 sampling warga Jawa Barat sudah ingin divaksin COVID-19. Sementara ada 9% warga yang sama sekali tidak bersedia untuk menjalankan vaksinasi. Sedangkan 43,8% warga masih belum memutuskan bersedia divaksin atau tidak. Responden yang belum memutuskan kesediaan divaksin sebanyak 43,8% dan yang sudah yakin ingin divaksin ada 47,1%. Dari yang belum memutuskan, kebanyakan lebih ingin mendapatkan informasi mendalam sebelum

yakin untuk divaksin (8).

Pemerintah Kota Depok, pada saat itu berupaya memaksimalkan sosialisasi manfaat vaksin COVID-19. Upaya yang dilakukan adalah bersama dengan tokoh masyarakat untuk mengajak masyarakat menggunakan vaksin. Pada saat itu, Depok sendiri merupakan kota pertama di Jawa Barat yang menerima vaksin COVID-19. Hasil survei terhadap persepsi masyarakat kota Depok ditemukan empat hal yang membuat masyarakat di Depok tidak bersedia di vaksin, yaitu masyarakat belum yakin akan keamanan vaksin COVID-19, masyarakat belum percaya efektivitas vaksin, masyarakat takut efek samping vaksin, dan masyarakat tidak percaya vaksin COVID-19 (9).

Vaksinasi adalah intervensi efektif yang dapat mengurangi beban penyakit yang tinggi secara global. Namun, keraguan publik terhadap vaksin merupakan masalah mendesak bagi otoritas kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, studi lebih lanjut tentang akar penyebab masyarakat menolak vaksin perlu dilakukan di Kota Depok dan Bogor, mengingat kedua kota tersebut memiliki peran penting sebagai penyangga kota Jakarta. Banyak penduduknya yang bekerja di Jakarta, sementara Jakarta menjadi titik sentral masuknya penduduk dari luar negeri. Dengan demikian, penelitian mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kesediaan masyarakat untuk divaksinasi COVID-19 di Kota Depok dan Bogor menjadi dasar penting untuk merancang intervensi.

METODE

Metode penelitian menggunakan metode kuantitatif analitik dengan desain potong lintang (*cross-sectional*). Variabel terikat penelitian ini adalah kesediaan masyarakat Kota Depok dan Bogor divaksinasi COVID-19 dan variabel bebas yaitu usia, domisili, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, agama, penghasilan,

pengeluaran, kepemilikan asuransi, jenis asuransi yang dimiliki, pengetahuan tentang rencana program vaksinasi, upaya pencarian informasi mengenai vaksin COVID-19, dan pengetahuan tetap melakukan protokol kesehatan 3M walau sudah divaksinasi. Penyebaran kuesioner dilakukan secara *online* dan *offline*. Populasi penelitian ini adalah seluruh warga Kota Depok dan Bogor.

Teknik pengambilan sampel dengan quota sampling, yaitu teknik penarikan sampel yang sejenis dengan teknik penarikan sampel stratifikasi akan tetapi penarikan sampel dari masing-masing daerah tidak menggunakan cara acak, tetapi menggunakan cara kemudahan (*accidental*). Penelitian ini menggunakan delapan enumerator di daerah Depok dan Bogor, karena pandemi maka responden dicari disekitar lingkungan enumerator dengan jumlah sampel 703 orang.

Pengumpulan data dilakukan 15-28 Januari 2021, sebelum pemerintah memutuskan untuk memberikan vaksin gratis COVID-19. Instrumen pengambilan data dengan *google form* disertai *informed consent* dengan menyebarkan kuesioner secara *online* dan *offline*. Pengolahan data dilakukan dengan langkah *editing* dan *coding*. Analisis data menggunakan multivariat. Analisis univariat digunakan untuk mengetahui distribusi frekuensi dari masing-masing variabel. Sedangkan analisis bivariat untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kesediaan divaksinasi COVID-19 menggunakan uji *Chi-Square* dilanjutkan dengan analisis multivariat dengan uji regresi logistik berganda.

HASIL

Karakteristik responden

Responden pada penelitian ini mayoritas berada pada usia 18-24 tahun (36,4%) dan jika dilihat dari usia produktif, hampir semuanya berada pada usia produktif (96,6%).

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden

Variabel	Kategori	n	%	
Usia	<18	21	3,0	
	18-24	256	36,4	
	25-34	141	20,1	
	35-44	114	16,2	
	45-54	134	19,1	
	55-65	34	4,8	
	>65	3	0,4	
Domisili	Depok	470	66,9	
	Bogor	233	33,1	
Jenis Kelamin	Laki-laki	253	36,0	
	Perempuan	450	64,0	
Pekerjaan	Pelajar	155	22,0	
	IRT	167	23,8	
	Pegawai Negri	46	6,5	
	Pegawai Swasta	186	26,5	
	Wirausaha	57	8,1	
	Petani/Nelayan	2	0,3	
	Buruh/Supir/Pembantu RT	17	2,4	
	Lainnya	73	10,4	
	Pendidikan	Tidak /Belum Pernah Sekolah	4	0,6
		Tidak Menyelesaikan SD	11	1,6
Lulus SD/MI		28	4,0	
Lulus SMP/Tsanawiyah		25	3,6	
Lulus SMA/Sekolah Menengah Kejuruan		362	51,5	
Agama	Lulus Diploma/Sarjana/Magister/Doktor	273	38,8	
	Islam	685	97,4	
	Kristen	17	2,4	
Penghasilan	Lainnya	1	0,1	
	< Rp 1.416.00	86	40,7	
	Rp 1.416.000- 2.128.000	72	10,2	
	Rp 2.128.001 – 4.800.000	184	26,2	
	Rp 4.800.001 -24.000.000	141	20,1	
Pengeluaran	Rp > 24.000.000	20	2,8	
	Lebih besar dari penghasilan	221	31,4	
	Sama dengan penghasilan	330	46,9	
Kepemilikan Asuransi	Lebih kecil dai penghasilan	152	21,6	
	Ya	573	81,5	
Jenis Asuransi yang dimiliki	Tidak	130	18,5	
	BPJS	450	78,5	
	Asuransi Kantor	49	8,6	
	BPJS dan Asuransi dari kantor	35	6,1	
	BPJS dan Asuransi Swasta	24	4,2	
	Asuransi Swasta	8	1,4	
	BPJS, Asuransi Swasta & Kantor	6	1	
	Asuransi Swasta & Kantor	1	0,2	

Usia produktif menggambarkan bahwa responden mempunyai kemampuan untuk bekerja dan mendapatkan penghasilan.

Responden lebih banyak berdomisili di Depok (67%). Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (64%), dan bekerja (54,2%),

baik bekerja di sektor swasta (26,5%), Pemerintah (PNS) (6,5%) dan sektor lainnya (21,2%). Hasil ini sejalan dengan usia responden yang berada pada usia produktif. Dilihat dari tingkat pendidikan, hampir semua responden berpendidikan tinggi (SMA keatas) (90,3%) & beragama Islam (97,4%). Tingkat Pendidikan menggambarkan bahwa responden mempunyai pemahaman yang baik dan akses informasi yang mumpuni terkait vaksin COVID-19. Dilihat dari penghasilan responden, sebagian besar mereka berpenghasilan di bawah UMR Kota Depok & Bogor (62,9%), memiliki asuransi (81,5%), dan sebagian besar responden

memiliki asuransi kesehatan (81,5%), jenis asuransi yang dimiliki adalah BPJS (78,5%). Informasi ini menunjukkan bahwa responden telah paham dengan pentingnya asuransi kesehatan. Dilihat dari pengeluaran, mayoritas responden memiliki pengeluaran sama dengan pendapatan (46,9%) dan lebih kecil dari penghasilan (21,6%). Pengeluaran yang lebih kecil dari pendapatan menunjukkan responden sudah mengerti tentang pengelolaan keuangan dan kemampuan untuk membayar (*ability to pay*) bila mengalami gangguan kesehatan.

Tabel 2. Kesiediaan Divaksin

Variabel	Kategori	n	%
Tahu rencana Vaksin	Ya	692	98,4
	Tidak	11	1,6
Kesiediaan Divaksin	Ya	261	37,1
	Tidak	99	14,1
	Belum memutuskan	343	48,8
Berupaya mencari Informasi	Ya	576	82,2
	Tidak	125	17,8
Alasan tidak mau divaksin	Tidak yakin keamanannya	95	21
	Tidak yakin efektif	40	9
	Takut efek samping	187	42
	Tidak percaya vaksin	12	3
	Keyakinan agama	11	2
	Lainnya	56	13
Tahu Tetap 3M setelah vaksin	Tidak mengemukakan alasan	37	9
	Ya	640	91,0
	Tidak	63	9,0

Hasil survei pada tabel 2 menunjukkan mayoritas responden mengetahui rencana vaksinasi COVID-19 (98,4%), akan tetapi sebagian besar responden belum memutuskan akan bersedia divaksin atau tidak (48,8%), hanya sepertiga responden bersedia divaksin (37,1%). Alasan sebagian besar responden tidak bersedia divaksinasi adalah takut efek samping (42%) dan tidak yakin akan keamanan vaksin (21%). Berdasarkan hasil ini, terlihat bahwa informasi tentang vaksin COVID-19 sudah efektif menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Namun, masih ada keraguan dari responden untuk melakukan vaksinasi. Oleh karena itu, promosi kesehatan dapat ditekankan agar bisa

mendorong pemahaman tentang vaksin menuju kesiediaan untuk di vaksin. Sebagian responden mengetahui prosedur 3M masih harus tetap dilaksanakan walau sudah divaksinasi (91%).

Selanjutnya dilakukan analisis bivariat dengan menggunakan uji *Chi-Square* untuk melihat hubungan antara variabel usia, domisili, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, agama, penghasilan, pengeluaran, kepemilikan asuransi, jenis asuransi, pengetahuan mengenai rencana vaksinasi, upaya pencarian informasi, pengetahuan mengenai 3M walau sudah divaksin dengan kesiediaan kesiediaan divaksin. Setiap variabel dibuat menjadi dua kategori.

Tabel 3. Analisis Bivariat Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kesiediaan Divaksin

Variabel	Kategori	Kesiediaan divaksin				Total N	pvalue	Odds Rasio	95% CI OR	
		Ya		Tidak						
		n	%	n	%					
Usia	>25	182	42,7	244	57,3	426	<0,001	1,87	1,35	2,58
	<=25	79	28,5	198	71,5					
Jenis Kelamin	Laki-Laki	126	49,8	127	50,2	253	<0,001	2,31	1,68	3,18
	Perempuan	135	30,0	315	70,0	450				
Domisili	Depok	194	41,3	276	58,7	470	<0,001	1,74	1,24	2,44
	Bogor	67	28,8	166	71,2	233				
Pekerjaan	Bukan Pelajar	216	39,4	332	60,6	548	0,018	1,59	1,08	2,34
	Pelajar	45	29,0	110	71,0	155				
Pendidikan	Tidak Lulus SMP	252	38,2	408	61,8	660	0,023	2,33	1,10	4,95
	Lulus SMP keatas	9	20,9	34	79,1	43				
Penghasilan	Lebih besar dari 4,8 juta	92	57,1	69	42,9	161	<0,001	2,94	2,05	4,22
	<= 4,8 juta	169	31,2	373	68,8	542				
Agama	Bukan Islam	11	61,1	7	38,9	18	0,033	2,73	1,05	7,14
	Islam	250	36,5	435	63,5	685				
Pengeluaran	≥ Penghasilan	194	35,2	357	64,8	551	0,045	0,69	0,48	0,99
	< Penghasilan	67	44,1	85	55,9	152				
Kepemilikan Asuransi	Ya	232	40,5	341	59,5	573	<0,001	2,37	1,52	3,7
	Tidak	29	22,3	101	77,7	130				
Jenis Asuransi	BPJS +Asuransi Lainnya	74	60,2	292	39,8	450	<0,001	2,79	1,85	4,20
	BPJS saja	158	35,1	49	64,9	123				
Tahu Rencana Vaksinasi	Ya	260	37,6	432	62,4	692	0,052	6,02	0,77	26,85
	Tidak	1	9,1	10	90,9	11				
Upaya mencari Informasi	Ya	240	41,7	336	58,3	576	<0,001	3,54	2,15	5,82
	Tidak	21	16,8	104	83,2	125				
Pengetahuan 3M setelah divaksin	Ya	253	39,5	387	60,5	640	<0,001	4,50	2,11	9,60
	Tidak	8	12,7	55	87,3	63				

Tabel 3 menunjukkan usia, jenis kelamin, domisili, pekerjaan, pendidikan, penghasilan, agama, pengeluaran, kepemilikan asuransi kesehatan, jenis asuransi, mengetahui rencana vaksinasi, upaya pencarian informasi vaksinasi, dan pengetahuan 3M setelah divaksin memiliki hubungan dengan kesiediaan divaksin. Usia berhubungan dengan kesiediaan divaksin ($pvalue<0,001$). Ada perbedaan yang signifikan kesiediaan divaksin antara usia di atas 25 tahun dengan usia di bawah dan sama dengan 25 tahun. Usia diatas 25 tahun lebih bersedia divaksin (42,7%) dibanding usia di bawah dan

sama dengan 25 tahun (28,5%). Usia di bawah dan sama dengan 25 (71,5%) lebih banyak persentase yang tidak bersedia divaksin dibanding usia di atas 25 tahun (57,3%). Usia di atas 25 tahun memiliki peluang 1,869 untuk bersedia divaksin dibandingkan usia di bawah dan sama dengan usia 25.

Ada perbedaan yang signifikan kesiediaan divaksin COVID-19 antara laki-laki dan perempuan ($pvalue<0,001$). Laki-laki memiliki peluang 2,315 kali untuk bersedia divaksin dibanding perempuan. Laki-laki lebih tinggi bersedia divaksin (49,8%) dibanding perempuan

(30%). Hasil analisis menunjukkan nilai *pvalue* <0,001, artinya ada hubungan antara jenis kelamin dengan kesediaan divaksin. *Odds ratio* laki-laki terhadap perempuan yang bersedia divaksin 2,315. Laki-laki memiliki kecenderungan untuk bersedia divaksin 2,315 kali lebih besar dibanding perempuan (Tabel 3).

Ada perbedaan yang signifikan kesediaan divaksin dilihat dari domisili. Domisili berhubungan dengan kesediaan divaksin (*pvalue*<0,001). Responden yang berasal dari Depok lebih bersedia divaksin (41,3%) dibanding berasal dari Bogor (28,8%). Responden yang berasal dari Depok memiliki kecenderungan bersedia divaksin 1,74 kali lebih besar dibanding responden dari Bogor (Tabel 3).

Responden bukan pelajar memiliki kecenderungan untuk bersedia divaksin 1,59 kali lebih besar dibanding yang pelajar. Pelajar memiliki kecenderungan untuk bersedia divaksin 0,629 kali lebih kecil dibandingkan bukan pelajar. Ada perbedaan yang signifikan antara pekerjaan dengan kesediaan divaksin. Pekerjaan berhubungan dengan kesediaan divaksin (*pvalue* = 0.018). Bukan pelajar lebih bersedia divaksin (39,4%) dibanding dengan pelajar (29%) (Tabel 3).

Ada perbedaan yang signifikan antara pendidikan (tidak lulus SMP dengan lulus SMP keatas) dengan kesediaan divaksin. Pendidikan berhubungan dengan kesediaan divaksin (*pvalue* = 0.023). Responden yang tidak lulus SMP lebih sedikit bersedia divaksin (20,9%) dibanding dengan responden yang lulus SMP keatas (38,2%). Responden yang lulus SMP memiliki kecenderungan untuk bersedia divaksin 2,333 kali lebih besar dibanding responden yang tidak lulus SMP (Tabel 3).

Penghasilan berhubungan dengan kesediaan divaksin (*pvalue*<0,001). Ada perbedaan signifikan antara kesediaan divaksin dengan penghasilan. Responden yang memiliki penghasilan lebih besar dari 4,8 juta (57,1%) lebih banyak bersedia divaksin dibanding responden berpenghasilan sama dengan dan lebih kecil dari Rp 4.8 juta (31,2%). Responden yang lebih makmur lebih cenderung untuk bersedia divaksin 2,943 kali dibanding responden yang kurang

makmur (Tabel 3).

Ada perbedaan yang signifikan antara kesediaan divaksin dengan agama (Islam dengan bukan Islam). Agama berhubungan dengan kesediaan divaksin (*pvalue* =0.033). Responden yang beragama Islam lebih sedikit bersedia divaksin (36,5%) dibanding dengan responden yang beragama bukan Islam (61,1%). Responden yang tidak beragama Islam memiliki kecenderungan untuk bersedia divaksin 2,734 kali lebih besar dibanding yang beragama Islam (Tabel 3).

Perbandingan jumlah pengeluaran dengan jumlah pemasukan memiliki hubungan dengan kesediaan divaksin. Ada perbedaan antara kesediaan divaksin dengan perbandingan pemasukan dengan pengeluaran. Perbedaan jumlah pengeluaran dengan jumlah pemasukan berhubungan dengan kesediaan divaksin (*pvalue* =0,045). Responden yang memiliki pengeluaran lebih kecil dari pemasukan lebih bersedia divaksin (44,1%) dibanding pengeluaran sama dengan dan lebih besar dari jumlah pemasukan (35,2%). Responden yang ekonomi lebih makmur lebih bersedia divaksin dibanding responden yang tidak makmur. Responden yang pengeluaran sama dengan dan lebih besar dari jumlah penghasilan lebih memiliki kecenderungan untuk bersedia divaksin 0,689 kali lebih kecil dibanding responden yang pengeluaran lebih kecil dari penghasilan. Responden yang pengeluaran lebih kecil dari penghasilan (lebih makmur) lebih memiliki kecenderungan bersedia divaksin 1,45 kali lebih besar dibanding responden yang pengeluaran sama dengan dan lebih besar dari penghasilan (kurang makmur) (Tabel 3).

Ada perbedaan yang signifikan antara kesediaan divaksin antara responden yang memiliki asuransi kesehatan dengan yang tidak memiliki asuransi kesehatan. Kepemilikan asuransi kesehatan berhubungan dengan kesediaan divaksin (*pvalue*<0,001). Responden yang memiliki asuransi lebih bersedia divaksin (40,5%) dibanding dengan responden yang tidak memiliki asuransi (22,3%). Responden yang memiliki asuransi kesehatan lebih cenderung untuk bersedia divaksin 2,37 kali lebih besar

dibanding yang tidak memiliki asuransi kesehatan (Tabel 3).

Ada perbedaan yang signifikan antara kesediaan divaksin antara responden yang memiliki asuransi kesehatan BPJS saja dengan yang memiliki asuransi kesehatan BPJS dan jenis asuransi lainnya. Jenis asuransi kesehatan yang dimiliki berhubungan dengan kesediaan divaksin ($pvalue < 0.001$). Responden yang memiliki asuransi BPJS dan jenis asuransi lainnya lebih bersedia divaksin (60,2%) dibanding dengan responden yang memiliki asuransi BPJS saja (35,1%). Responden yang memiliki asuransi kesehatan BPJS dan jenis asuransi lainnya lebih cenderung untuk bersedia divaksin 2,79 kali lebih besar dibanding yang memiliki asuransi kesehatan BPJS saja (Tabel 3).

Ada perbedaan yang signifikan antara kesediaan divaksin dan pengetahuan mengenai rencana vaksinasi COVID-19. Pengetahuan rencana vaksinasi COVID-19 berhubungan dengan kesediaan divaksin ($pvalue = 0.052$). Responden yang memiliki pengetahuan mengenai rencana vaksinasi COVID-19 bersedia divaksin (37,6%) dibanding dengan responden yang tidak mengetahui rencana vaksinasi (9,1%). Responden yang memiliki pengetahuan rencana program vaksinasi COVID-19 lebih cenderung untuk bersedia divaksin 6,02 kali lebih besar dibanding yang tidak mengetahui rencana program vaksinasi COVID-19 (Tabel 3).

Ada perbedaan yang signifikan antara

kesediaan divaksin dan upaya pencarian informasi mengenai vaksin COVID-19. Upaya pencarian informasi mengenai vaksin COVID-19 berhubungan dengan kesediaan divaksin ($pvalue < 0.001$). Responden yang berupaya mencari informasi mengenai vaksin COVID-19 lebih bersedia divaksin (41,7%) dibanding dengan responden yang memiliki upaya (16,8%). Responden yang berupaya mencari informasi mengenai vaksinasi COVID-19 lebih cenderung untuk bersedia divaksin 3,54 kali lebih besar dibanding yang tidak berupaya (Tabel 3).

Ada perbedaan yang signifikan antara kesediaan divaksin dan pengetahuan tetap melaksanakan protokol kesehatan 3M walau sudah divaksin. Pengetahuan tetap melaksanakan pengetahuan protokol 3M walau sudah divaksin berhubungan dengan kesediaan divaksin ($pvalue < 0,001$). Responden yang memiliki pengetahuan tetap melaksanakan protokol 3M walau sudah divaksin COVID-19 lebih bersedia divaksin (39,5%) dibanding dengan responden yang tidak pengetahuan (12,7%). Responden yang memiliki pengetahuan tetap melaksanakan protokol kesehatan 3M walau sudah divaksin lebih cenderung untuk bersedia divaksin 4,5 kali lebih besar dibanding yang tidak memiliki pengetahuan (Tabel 3).

Setelah dilakukan analisis *confounding* dan interaksi maka didapatkan permodelan sebagai berikut:

Tabel 4. Permodelan Uji Multivariat pada Kesediaan Divaksin

Variabel	Final Model		Full Model	
	OR	Pvalue	OR	Pvalue
Jenis Kelamin Laki-laki	1,98	<0,001	2,14	<0,001
Penghasilan > 4,8 juta	1,88	0,006	1,83	0,009
Asuransi BPJS+Lainnya	1,70	0,025	1,65	0,036
Berupaya mencari informasi	2,06	0,017	1,930	0,031
Pengetahuan tetap 3M setelah vaksin	3,00	0,013	2,723	0,025
Domisili di Depok vs Bogor			1,454	0,078
Cox & Snell R Square	0,121		0,126	

Tabel 4 memperlihatkan model final hasil analisis multivariat yang menunjukkan bahwa variabel yang berhubungan dengan kesediaan

divaksin adalah jenis kelamin, penghasilan, jenis asuransi, upaya mencari informasi, pengetahuan tetap 3M setelah vaksin, dan domisili. Adapun *R*

square didapat sebesar 0,121. Peneliti mencoba memasukkan variabel domisili pada model 2, namun, nilai *pvalue* variabel domisili tidak signifikan (*pvalue* =0,078). Dengan demikian model yang terbaik adalah model final dengan lima variabel yang signifikan (Tabel 4).

DISKUSI

Coronavirus disease 2019 (COVID-19) membawa dampak bencana global dalam bidang kesehatan, ekonomi dan sosial, tak terkecuali di Indonesia, yang memiliki angka kejadian infeksi dan mortalitas akibat COVID-19 tertinggi di Asia Tenggara. Salah satu harapan terbesar untuk menghentikan pandemi COVID-19 adalah vaksin (10). Pemerintah melakukan percepatan pengadaan vaksin COVID-19 dan pelaksanaan Vaksinasi COVID-19 (11). Vaksin adalah salah satu intervensi kesehatan masyarakat yang paling andal dan hemat biaya yang pernah diterapkan yang menyelamatkan jutaan nyawa setiap tahun (12, 13, 14). Vaksin COVID-19 dinilai relatif aman dan jarang terjadi kejadian ikutan pasca imunisasi (15). Vaksin adalah intervensi efektif yang dapat mengurangi beban penyakit yang tinggi secara global (16). Manfaat vaksinasi COVID-19 yaitu menurunkan kasus kesakitan dan kematian akibat COVID-19, mempercepat mencapai kekebalan kelompok (*herd imunity*) dalam melindungi kesehatan masyarakat, melindungi dan memperkuat sistem kesehatan secara menyeluruh dan menjaga produktifitas dan meminimalkan dampak sosial dan ekonomi.

Keengganan orang untuk menerima vaksin yang tersedia aman dan direkomendasikan dikenal sebagai keragu-raguan vaksin. Keraguan ini sudah berkembang sebelum pandemi COVID-19 (17). Keragu-raguan vaksin atau keengganan untuk menerima vaksin ketika layanan vaksinasi tersedia dan dapat diakses adalah salah satu ancaman terbesar bagi kesehatan global. Meskipun keragu-raguan vaksin telah ada di antara sebagian kecil orang selama berabad-abad, efek berbahayanya kemungkinan akan lebih terasa selama pandemi COVID-19 daripada sebelumnya. Keragu-raguan vaksin COVID-19 akan menimbulkan risiko yang cukup besar baik

bagi orang yang menunda atau menolak untuk divaksinasi dan masyarakat luas. Hal ini akan membuat masyarakat tidak dapat mencapai ambang cakupan yang diperlukan untuk kekebalan kelompok terhadap COVID-19 berakibat pandemi sulit diakhiri dan mengakibatkan penderitaan dan kematian yang tak terhitung (18).

Penerimaan vaksin COVID-19 dari hasil penelitian ini didapatkan masih rendah yaitu 37,1% responden bersedia divaksin. Angka ini sama dengan penelitian di Yordania, penerimaan publik terhadap vaksin COVID-19 cukup rendah (37,4%) di Yordania (16), sedangkan di Kuwait 53,1% (1.257/2.368) (19). Jajak pendapat yang dilakukan di AS ditemukan 50% orang Amerika menyatakan bersedia menerima vaksin, 30% tidak yakin, sedangkan 20% menolak vaksin (20). Dalam survei lain orang dewasa Amerika 58% berniat untuk divaksinasi, 32% tidak yakin, dan 11% tidak berniat untuk divaksinasi (21). Studi Terdahulu lain di beberapa negara menunjukkan, penerimaan vaksin adalah 80,3%, dengan penerimaan terendah di Burkina Faso (66,5%) dan Pakistan (66,5%) (22). Sedangkan di Arab Saudi penerimaan vaksin Sebanyak 259 (33,1%) peserta ragu-ragu untuk menerima vaksin. Dari 782, setengah dari peserta, 386 (50%), percaya vaksin COVID-19 akan mencegah infeksi.

Penting untuk dicatat bahwa keraguan terhadap vaksin COVID-19 mungkin tidak semata-mata disebabkan oleh perilaku dan sikap masyarakat terhadap vaksin, namun teknik baru yang digunakan untuk pengembangan vaksin COVID-19 mungkin belum membangun cukup bukti tentang keamanan vaksin dan tidak cukup langkah untuk menciptakan kesadaran tentang vaksin di masyarakat (23).

Lima utama penentu tingkat keragu-raguan vaksin pada individu adalah *confidence*, *complacency*, *convenience (or constraints)*, *risk calculation*, and *collective responsibility* (5 C) (24). *Confidence* (keyakinan) menunjukkan kepercayaan pada efektivitas dan keamanan vaksin, sistem yang mengelola vaksinasi, dan motivasi orang-orang yang memutuskan perlunya vaksinasi. *Complecency* (rasa puas diri)

dikatakan terjadi ketika risiko yang dirasakan dari penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin rendah, dan vaksinasi tidak dianggap perlu atau tidak menganggap penyakit sebagai risiko tinggi. *Convience/constraints* (kendala) menunjukkan hambatan struktural atau psikologis untuk konversi niat vaksinasi menjadi penyerapan vaksinasi. *Risk calculation*/perhitungan risiko menunjukkan perbandingan yang disengaja antara risiko infeksi dan vaksinasi, atau keterlibatan dalam pencarian informasi yang luas untuk mendapatkan keputusan. Individu yang mendapat skor tinggi dalam perhitungan risiko merasakan risiko yang lebih tinggi terkait dengan vaksinasi daripada infeksi. *Collective responsibility* (tanggung jawab) kolektif mengacu pada kesediaan untuk melindungi orang lain dengan vaksinasi sendiri, melalui kekebalan kelompok (18).

Banyak orang meragukan keamanan vaksin, dan ini akan menjadi tantangan besar yang harus diselesaikan oleh penyedia layanan kesehatan, pembuat kebijakan, tokoh masyarakat, dan pemerintah untuk meningkatkan penerimaan vaksin secara luas. Selain itu, kemudahan vaksinasi mengacu pada kemudahan relatif akses ke vaksin yang mencakup ketersediaan fisik, keterjangkauan, dan aksesibilitas (25). Kepuasan terhadap vaksin dikaitkan dengan rendahnya realisasi risiko penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin. Intervensi dapat berupa menghidupkan kembali kepercayaan pada otoritas kesehatan nasional dan kampanye kesadaran terstruktur yang menawarkan informasi transparan tentang keamanan dan kemanjuran vaksin serta teknologi yang digunakan dalam produksinya (16). Penerimaan vaksin dijelaskan terutama oleh kepentingan dalam perlindungan pribadi terhadap COVID-19. Sedangkan kekhawatiran tentang sisi efek adalah alasan paling umum untuk keragu-raguan. Petugas kesehatan adalah paling sumber panduan tepercaya tentang vaksin melawan COVID-19. Namun, penting untuk dicatat bahwa niat yang dilaporkan mungkin tidak selalu diterjemahkan ke dalam penyerapan vaksin (26). Pemerintah harus transparan tentang

program vaksinasi COVID-19. Pelaporan efek samping setelah imunisasi adalah komponen kunci pemantauan pelaksanaan program vaksinasi.

Hasil penelitian ini menunjukkan usia di atas 25 lebih bersedia divaksin (42,7%), berbeda dengan hasil penelitian El Elimat (2021) yang menemukan usia di atas 35 tahun lebih tidak bersedia divaksin (OR = 0,376, 95CI% = 0,233-0,607, *pvalue*<0,001) (16). Sementara, penelitian Malik (2021) usia muda yang lebih menerima vaksin (76%) (27). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa laki-laki lebih bersedia divaksin (OR = 2,31; 95%CI = 1,684-3,183). Hasil penelitian berbeda dengan penelitian Malik (2021) di Pakistan yang menunjukkan perempuan lebih bersedia divaksin dibanding laki-laki (27).

Pada penelitian ini didapatkan model faktor-faktor yang berhubungan dengan kesediaan vaksin, yaitu jenis kelamin, penghasilan, jenis asuransi, upaya mencari informasi, pengetahuan tetap 3M setelah vaksin. Hasil tersebut berbeda penelitian yang dilakukan oleh Al-Mohaithef (2020) yang menunjukkan bahwa usia di atas 45 tahun dan menikah yang secara signifikan berhubungan dengan penerimaan vaksin ($p < 0,05$).

Hasil penelitian ini mengindikasikan masih perlunya pendidikan bagi perempuan terutama ibu rumah tangga, peserta BPJS, dan warga kurang makmur mengenai program vaksinasi COVID-19.

KESIMPULAN

Survei ini menunjukkan masyarakat Depok dan Bogor yang bersedia melakukan vaksinasi COVID-19 37,1%. Perlu dilakukan edukasi lebih baik lagi untuk meningkatkan kesediaan masyarakat tersebut. Mengatasi determinan sosiodemografi yang berkaitan dengan vaksinasi COVID-19 agar dapat membantu meningkatkan penyerapan program vaksinasi global untuk mengatasi pandemi di masa depan maka intervensi pendidikan kesehatan yang ditargetkan diperlukan untuk meningkatkan penyerapan vaksin COVID-19 di masa depan. Pemerintah

harus menerapkan kampanye pendidikan vaksinasi intervensional yang diterima secara budaya untuk menghilangkan kepercayaan, kekhawatiran tentang keamanan dan kemanjuran vaksin COVID-19, untuk meningkatkan tingkat penerimaan vaksin. Pendidikan bagi perempuan terutama ibu rumah tangga perlu dilaksanakan secara intensif melalui jalur PKK Kelurahan/Kecamatan dan edukasi bagi peserta BPJS mengenai vaksinasi COVID-19

DAFTAR PUSTAKA

1. Patiati daur MF. Korelasi Antara Kesehatan Peserta Didik Selama Pandemi COVID-19 Terhadap Motivasi Belajar Fisika Peserta Didik Kelas X MIPA SMA Angkasa Adisutjipto Yogyakarta Tahun 2019/2020. 2020.
2. Tim Kerja Kementerian Dalam Negeri. Pedoman Umum Menghadapi Pandemi Covid-19 Bagi Pemerintah Daerah : Pencegahan, Pengendalian, Diagnosis dan Manajemen. 2020;
3. Yunus NR, Rezki A. Kebijakan Pemberlakuan Lock Down Sebagai Antisipasi Penyebaran Corona Virus Covid-19. SALAM J Sos dan Budaya Syar-i. 2020;7(3).
4. Kurniawan MB. Politik Hukum Pemerintah Dalam Penanganan Pandemi Covid-19 Ditinjau Dari Perspektif Hak Asasi Atas Kesehatan (Government Legal Politics In Handling Of Covid-19 Pandemic Reviewed From The Right To Health's Perspective). Jurnal Ham. 2021;12(1):37-55.5.
5. Gunawan S, Sinsin I, Zani AY. Hubungan Antara Pengetahuan dan Sikap dengan Perilaku Pencegahan COVID-19 Pada Peserta Seminar Online STIKES Raflesia 7 April 2020. Perilaku dan Promosi Kesehatan: Indonesian Journal of Health Promotion and Behavior. 2021 Jun 30;3(1):47-57.
6. Kemenkes RI. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomork.01.07/Menkes/4638/2021. Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Vaksinasi Dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19).2021
7. WHO, ITAGI, KEMENKES, UNICEF. COVID-19 Vaccine Acceptance Survey in Indonesia. Kementerian Kesehat Republik Indones. 2020;1(November):1-8.
8. Nurulliah N. Ridwan Kamil Sampaikan Hasil Survei, 41,7 Persen Warga Jabar Ingin Diberi Vaksin Covid-19. Pikiran Rakyat. 14 Desember. 2020.
9. Yandwriputra, Ade Ridwan. Ini Empat Hal, Masyarakat Depok Enggan Gunakan Vaksin Corona. Metro Tempo. 26 Oktober. 2020. <https://metro.tempo.co/read/1403011/survei-4-alasan-warga-depok-yang-menolak-vaksin-covid-19>
10. Ophinni Y, Hasibuan AS, Widhani A, Maria S, Koesnoe S, Yuniastuti E, Karjadi TH, Rengganis I, Djauzi S. COVID-19 vaccines: Current status and implication for use in Indonesia. Acta Medica Indonesiana. 2020 Dec 28;52(4):388.
11. Republik Indonesia. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 99 Tahun 2020 Tentang Pengadaan Vaksin Dan Pelaksanaan Vaksinasi dalam Rangka Penanggulangan Pandemi Corona Virus Disease 2019 (COVID-19). Accessed April. 2022
12. Rodrigues CM, Plotkin SA. Impact of vaccines; health, economic and social perspectives. Frontiers in microbiology. 2020 Jul 14;11:1526.
13. Hajj Hussein I, Chams N, Chams S, El Sayegh S, Badran R, Raad M, Gerges-Geagea A, Leone A, Jurjus A. Vaccines through centuries: major cornerstones of global health. Frontiers in public health. 2015 Nov 26;3:269.
14. Ehreth J. The value of vaccination: a global perspective. Vaccine. 2003 Oct 1;21(27-30):4105-17.
15. Bralianti PD, Akbar FN. Covid-19 Vaccines and its Adverse Events Following Immunization (AEFI). The Avicenna Medical Journal. 2021 Jul 15;2(1):19-28.
16. El-Elimat T, AbuAlSamen MM, Almomani BA, Al-Sawalha NA, Alali FQ. Acceptance and attitudes toward COVID-19 vaccines: A cross-sectional study from Jordan. Plos one. 2021 Apr 23;16(4):e0250555.
17. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. Vaccine. 2015 Aug 14;33(34):4161-4.
18. Machingaidze S, Wiysonge CS. Understanding COVID-19 vaccine hesitancy. Nature medicine. 2021 Aug;27(8):1338-9.
19. Alqudeimat Y, Alenezi D, AlHajri B, Alfouzan H, Almokhaizeem Z, Altamimi S, Almansouri W, Alzalalah S, Ziyab AH. Acceptance of a COVID-19 vaccine and its related determinants among the general adult population in Kuwait. Medical Principles and Practice. 2021 Jan 22;30(3):262-71.
20. UNICEF; WHO; Behavioural and social drivers of

- vaccination Tools and practical guidance for achieving high uptake. 2022.
21. Leask JA, Brewer NT, Chapman GB, Kempe A, Rothman AJ. Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action.
 22. Solís Arce JS, Warren SS, Meriggi NF, Scacco A, McMurry N, Voors M, Syunyaev G, Malik AA, Aboutajdine S, Adejo O, Anigo D. COVID-19 vaccine acceptance and hesitancy in low-and middle-income countries. *Nature medicine*. 2021 Aug;27(8):1385-94.
 23. Fine P, Eames K, Heymann DL. "Herd immunity": a rough guide. *Clinical infectious diseases*. 2011 Apr 1;52(7):911-6.
 24. Betsch C, Schmid P, Heinemeier D, Korn L, Holtmann C, Böhm R. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PloS one*. 2018 Dec 7;13(12):e0208601.
 25. Cooper S, Okeibunor JC, Wiyeh A, Wiysonge CS. Knowledge advances and gaps on the demand side of vaccination. *The Lancet Infectious Diseases*. 2019 Jan 1;19(1):13-5.
 26. McEachan RR, Conner M, Taylor NJ, Lawton RJ. Prospective prediction of health-related behaviours with the theory of planned behaviour: A meta-analysis. *Health psychology review*. 2011 Sep 1;5(2):97-144.
 27. Malik A, Malik J, Ishaq U. Acceptance of COVID-19 vaccine in Pakistan among health care workers. *PloS one*. 2021 Sep 15;16(9):e0257237.